



Ordine della Professione di Ostetrica Interprovinciale di PARMA e PIACENZA

Pz.le Sisto R. Badalocchio,9/B – 43126 Parma

e-mail: presidenza@ordineostetricheprpc.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____ RITA LOMBARDINI _____
nato/a a _____ PARMA _____ (PR) il _____ 05/02/1960 _____
in qualità di _____ RAPPRESENTANTE LEGALE _____
dell'ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA INTERPROVINCIALE DI PARMA E
PIACENZA _____
Con sede a _____ PARMA _____ in P.le R.S.BADALOCCHIO _____ n. 9B _____
C.F. _____ 80003032341 _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

L'Ordine della Professione di Ostetriche Interprovinciale di Parma e Piacenza, non è proprietario di beni immobiliari ma, ha in essere un contratto di locazione della propria sede sita in Parma P.le R.S.Badalocchio 9 B a far data dal 05/05/2013 con durata 6 anni rinnovabili.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni e qualsiasi variazione dovesse intervenire in merito a quanto sopra comunicato.

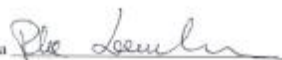
Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs30/06/2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Parma 31/01/2025



La Presidente
Rita Lombardini

Firma 

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata . sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore